LICHEN ĐƠN DẠNG MẠN TÍNH (LICHEN SIMPLEX CHRONICUS)

Dongsheng Jiang, MD, MSc • Joanna Jiang, MD

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Lichen đơn dạng mạn tính (LSC) là một bệnh viêm da mạn tính do chà xát hoặc gãi lặp đi lặp lại trên da. Da trở nên dày lên với các đường vân da nổi rõ ("lichen hóa" - lichenification).
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: da.
- Tên đồng nghĩa: LSC; lichen đơn dạng (lichen simplex); viêm da thần kinh khu trú (localized neurodermatitis); neurodermatitis circumscripta.

DỊCH TỄ HỌC

Lưu ý ở người cao tuổi

Thường gặp nhất ở người trung niên và người cao tuổi.

Lưu ý ở trẻ em

Hiếm gặp ở trẻ trước tuổi vị thành niên.

Tỷ lệ mắc mới

- Thường gặp.
- Tỷ lệ mắc mới cao nhất ở độ tuổi 35-50.
- Giới tính thường gặp: nữ > nam (tỷ lệ 2:1).

Tỷ lệ hiện mắc

Thường gặp.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Vòng xoắn ngứa-gãi dẫn đến một bệnh da mạn tính. Việc gãi hoặc chà xát lặp đi lặp lại gây viêm và ngứa, từ đó dẫn đến việc tiếp tục gãi.
- LSC nguyên phát: việc gãi thứ phát sau ngứa không có nguyên nhân thực thể, thói quen, hoặc phản ứng có điều kiện đối với stress/lo âu.
- Các yếu tố khởi phát thường gặp là da quá khô, nóng, đổ mồ hôi, và stress tâm lý.
- LSC thứ phát: bắt đầu như một bệnh da gây ngứa rồi tiến triển thành viêm da thần kinh, tồn tại kéo dài sau khi tình trạng nguyên phát đã hết. Các bệnh da tiền thân bao gồm viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, lichen phẳng, viêm da ứ đọng, vảy nến, nấm da, và côn trùng cắn.
- Có khả năng có mối liên hệ giữa sự phát triển của bệnh và bệnh lý thần kinh tiềm ẩn, đặc biệt là bệnh rễ thần kinh hoặc chèn ép rễ thần kinh.
- Các sợi thần kinh C đặc hiệu cho ngứa nhạy cảm với nhiệt độ, điều này có thể giải thích tình trạng ngứa xảy ra trong môi trường ấm.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Rối loạn lo âu.
- Da khô.
- Côn trùng cắn.
- Bệnh da gây ngứa.

PHÒNG NGỪA CHUNG

Tránh các yếu tố khởi phát thường gặp như căng thẳng tâm lý, các yếu tố môi trường như nóng và khô da quá mức, kích ứng da, và sự phát triển của các bệnh da gây ngứa.

CÁC TÌNH TRẠNG THƯỜNG ĐI KÈM

- Sẩn ngứa dạng nốt (Prurigo nodularis) là một thể dạng nốt của cùng quá trình bệnh lý.
- Viêm da cơ địa.
- Lo âu, trầm cảm, và rối loạn ám ảnh cưỡng chế.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Khởi phát từ từ.
- Bắt đầu như một vùng ngứa khu trú.
- Hầu hết bệnh nhân thừa nhận rằng họ phản ứng bằng cách chà xát, gãi mạnh, điều này mang lại cảm giác thỏa mãn tạm thời.
- Ngứa thường có tính chất từng cơn, nặng hơn vào ban đêm, và có thể dẫn đến gãi trong khi ngủ.
- Có thể không có triệu chứng với việc bệnh nhân gãi vào ban đêm trong khi ngủ.

KHÁM LÂM SÀNG

- Các mảng lichen hóa giới hạn rõ với mức độ trầy xước hoặc bong vảy khác nhau ở trên bề mặt.
- Lichen hóa: sự nổi rõ của các đường vân da bình thường.
- Có thể thấy tăng sắc tố hoặc giảm sắc tố.
- Sẹo hiếm gặp với LSC điển hình; có thể thấy sau khi hình thành loét hoặc nhiễm trùng thứ phát.
- Thường gặp nhất ở các vùng dễ tiếp cận:
  - Mặt bên của cẳng chân/mắt cá chân.
  - Gáy (lichen simplex nuchae).
  - Âm hộ/bìu/hậu môn.
  - Mặt duỗi của cẳng tay.
  - Mặt gan cổ tay.
  - Da đầu.
- Tiêu chuẩn soi da (trong bệnh ở vùng sinh dục) (1):
  - Mạch máu phong phú, hình dạng đường thẳng, ngoằn ngoèo, và dạng chấm.

  - Sắp xếp lan tỏa.
  - Nền màu trắng xám.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Lichen xơ (Lichen sclerosis).
- Vảy nến.
- Viêm da cơ địa.
- Viêm da tiếp xúc, viêm da kích ứng, hoặc viêm da ứ đọng.
- Bệnh Paget ngoài vú (Extramammary Paget disease).
- Lichen phẳng.
- Thoái hóa dạng bột lichen (Lichen amyloidosis).
- Nấm da.
- Chàm đồng tiền (Nummular eczema).
- Các bệnh toàn thân khác:
  - Lymphoma tế bào T.
  - Lymphoma.
  - Đa u tủy (Multiple myeloma).
  - Ung thư phổi.
  - Bệnh bạch cầu.
  - Ung thư đường tiêu hóa.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ GIẢI THÍCH KẾT QUẢ

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

- Không có xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu.
- Xét nghiệm vi thể (ví dụ: soi tươi với KOH) và nuôi cấy có thể hữu ích trong việc xác định khả năng nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc nấm.

Thủ thuật chẩn đoán / Khác

- Sinh thiết da nếu chẩn đoán còn nghi ngờ.
- Test áp da (Patch testing) có thể được sử dụng để loại trừ viêm da tiếp xúc.

Giải thích kết quả xét nghiệm

- Tăng sừng.
- Tăng gai.
- Kéo dài các mào biểu bì (rete ridges).
- Tăng sản tất cả các thành phần của biểu bì.
- Thâm nhiễm viêm lympho-mô bào từ nhẹ đến trung bình kèm lichen hóa rõ rệt.

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Giáo dục bệnh nhân là yếu tố then chốt.
- Khả năng khỏi bệnh thấp nếu bệnh nhân không thể tránh gãi.
- Điều trị nhằm mục đích giảm viêm và ngứa.

THUỐC ĐIỀU TRỊ

Điều trị đầu tay

- Giảm viêm:
  - Steroid bôi tại chỗ là thuốc điều trị đầu tay (2)[C].
  - Có thể dùng steroid hiệu lực cao đơn thuần ban đầu, chẳng hạn kem betamethasone dipropionate 0,05% hoặc kem clobetasol propionate 0,05%, nhưng nên tránh dùng ở mặt, vùng hậu môn-sinh dục, hoặc các nếp gấp da. Chỉ nên sử dụng trên các vùng nhỏ, không quá 2 tuần trừ khi có sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ.
  - Chuyển sang steroid hiệu lực trung bình hoặc thấp khi bệnh đáp ứng điều trị.
  - Steroid hiệu lực trung bình, chẳng hạn kem triamcinolone 0,1%, có thể được sử dụng để điều trị ban đầu, ngắn hạn ở mặt và các nếp gấp da, và để điều trị duy trì ở các vùng khác.
  - Steroid hiệu lực thấp, chẳng hạn kem hydrocortisone 1%, nên được sử dụng để điều trị duy trì ở mặt và các nếp gấp da.
  - Băng dán steroid, flurandrenolide, giúp tối ưu hóa sự thẩm thấu và tạo một rào cản để ngăn việc tiếp tục gãi. Thay băng một lần mỗi ngày.
  - Steroid tiêm trong tổn thương, chẳng hạn triamcinolone acetate, cũng an toàn và hiệu quả đối với các trường hợp nặng.
- Ngăn ngừa việc gãi:
  - Các thuốc chống ngứa bôi tại chỗ.
  - Thuốc kháng histamin đường uống thế hệ 1 như diphenhydramine và hydroxyzine để có tác dụng chống ngứa và an thần.
  - Thuốc ba vòng gây an thần, chẳng hạn doxepin và amitriptyline, đối với ngứa về ban đêm.
  - Ngứa có thể xảy ra vào ban đêm trong khi bệnh nhân đang ngủ; băng bịt kín có thể hữu ích trong những trường hợp này.

CẢNH BÁO

Điều trị liều cao và kéo dài với steroid bôi tại chỗ có thể gây teo da/biểu bì cũng như thay đổi sắc tố, và không nên sử dụng ở mặt, các nếp gấp da, hoặc vùng hậu môn-sinh dục. Thời gian điều trị ở các vùng khác của cơ thể không nên vượt quá 3 tuần nếu không có sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ.

Điều trị hàng hai

Tất cả các khuyến cáo:

- Aspirin bôi tại chỗ đã được chứng minh có ích trong điều trị viêm da thần kinh (3)[C].
- Kem doxepin 5% bôi tại chỗ có tác dụng chống ngứa đáng kể (3)[C].
- Kem capsaicin bôi tại chỗ có thể hữu ích trong điều trị các biểu hiện bệnh giai đoạn sớm (3)[C].
- Tacrolimus 0,1% bôi hai lần mỗi ngày trong 6 tuần là một liệu pháp thay thế hiệu quả (4)[C].

- Gabapentin được ghi nhận giúp giảm triệu chứng ở những bệnh nhân không đáp ứng với steroid.
- Lidocaine bôi tại chỗ có thể hiệu quả trong việc giảm ngứa do nguyên nhân thần kinh (3)[C].
- Đã có báo cáo về việc tiêm botulinum toxin trong da giúp cải thiện triệu chứng ở bệnh nhân bị ngứa kháng trị.
- Kích thích điện thần kinh qua da có thể giúp giảm ngứa ở những bệnh nhân mà steroid bôi tại chỗ không hiệu quả (5)[C].
- Một báo cáo ca bệnh cho thấy UVB dải hẹp (NB-UVB) là một phương pháp điều trị ngoài chỉ định (off-label) khả thi cho LSC kháng trị (6)[C].
- SSRI có thể hiệu quả trong việc kiểm soát hành vi gãi cưỡng chế thứ phát sau chẩn đoán tâm thần.

VẤN ĐỀ CẦN CHUYỂN TUYẾN

- Không đáp ứng với điều trị.
- Có các dấu hiệu và triệu chứng gợi ý nguyên nhân ngứa toàn thân.
- Tham vấn bác sĩ tâm thần đối với bệnh nhân có stress nặng, lo âu, hoặc gãi cưỡng chế.
- Tham vấn bác sĩ dị ứng đối với bệnh nhân có triệu chứng cơ địa đa hệ cơ quan.

CÁC LIỆU PHÁP BỔ SUNG

- Tâm lý trị liệu.
- Làm mát da bằng đá hoặc chườm lạnh.
- Ngâm nước và dùng chất làm mềm da để cải thiện chức năng hàng rào bảo vệ da.
- Bịt kín tổn thương bằng băng gạc hoặc ủng Unna (Unna boots).
- Cắt tỉa móng tay.
- Mặc đồ lót lụa để giảm ma sát đối với LSC ở vùng sinh dục.

Y HỌC BỔ SUNG VÀ THAY THẾ

- Châm cứu đã được chứng minh là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với ngứa (7)[C].
- Liệu pháp nhận thức-hành vi có thể cải thiện nhận thức và giúp xác định các chiến lược đối phó.
- Thôi miên có thể có ích trong việc giảm ngứa và ngăn ngừa gãi.
- Các phương thuốc vi lượng đồng căn (ví dụ: thuja và graphite) đã được sử dụng.

CHĂM SÓC TIẾP THEO

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

Theo dõi bệnh nhân

Bệnh nhân nên được theo dõi về đáp ứng với điều trị, các biến chứng của điều trị (đặc biệt là steroid bôi tại chỗ), và nhiễm trùng thứ phát.

Chế độ ăn

Chế độ ăn cân bằng thông thường.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Bệnh nhân nên hiểu rõ nguyên nhân của bệnh này và vai trò quan trọng của họ trong việc điều trị khỏi bệnh:
  - Nhấn mạnh rằng việc gãi và chà xát phải dừng lại để tổn thương lành; thuốc sẽ không hiệu quả nếu vẫn tiếp tục gãi.
- Các kỹ thuật giảm stress có thể hữu ích đối với những bệnh nhân mà stress đóng vai trò trong bệnh.
- Tránh tiếp xúc với các yếu tố khởi phát đã biết.

TIÊN LƯỢNG

- Thường mạn tính và tái phát; có thể dai dẳng ở vùng sinh dục.
- Tiên lượng tốt nếu có thể phá vỡ được vòng xoắn ngứa-gãi.
- Sau khi lành, da nên trở lại hình dạng bình thường nhưng cũng có thể vẫn còn các đường vân da nổi rõ hoặc thay đổi sắc tố sau viêm có thể chậm hồi phục.

BIẾN CHỨNG

- Nhiễm trùng thứ phát.
- Sẹo hiếm gặp nếu không có loét hoặc nhiễm trùng thứ phát.
- Các biến chứng liên quan đến điều trị, như đã đề cập trong các thận trọng về thuốc.
- Ung thư biểu mô tế bào vảy ở vùng bị ảnh hưởng hiếm gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Borghi A, Virgili A, Corazza M. Dermoscopy of inflammatory genital diseases: practical insights. Dermatol Clin. 2018;36(4):451–461.
- 2. Lynch PJ. Lichen simplex chronicus (atopic/neurodermatitis) of the anogenital region. Dermatol Ther. 2004;17(1):8–19.
- 3. Patel T, Yosipovitch G. Therapy of pruritus. Expert Opin Pharmacother. 2010;11(10):1673–1682.
- 4. Tan ES, Tan AS, Tey HL. Effective treatment of scrotal lichen simplex chronicus with 0.1% tacrolimus ointment: an observational study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(7):1448–1449.
- 5. Mohammad Ali BM, Hegab DS, El Saadany HM. Use of transcutaneous electrical nerve stimulation for chronic pruritus. Dermatol Ther. 2015;28(4):210–215.
- 6. Virgili A, Minghetti S, Borghi A, et al. Phototherapy for vulvar lichen simplex chronicus: an "off-label use" of a comb light device. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2014;30(6):332–334.
- 7. Ma C, Sivamani RK. Acupuncture as a treatment modality in dermatology: a systematic review. J Altern Complement Med. 2015;21(9):520–529.

MÃ BỆNH

ICD10

L28.0 Lichen đơn dạng mạn tính

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- LSC là một bệnh viêm mạn tính do gãi và chà xát lặp đi lặp lại.
- LSC nguyên phát xuất hiện tự phát, trong khi LSC thứ phát xảy ra trên nền một bệnh da gây ngứa đã có từ trước.
- LSC là một chẩn đoán lâm sàng dựa trên bệnh sử và khám da, sinh thiết chỉ được chỉ định trong các trường hợp khó hoặc không rõ ràng.
- Việc dừng vòng xoắn ngứa-gãi thông qua giáo dục bệnh nhân, dưỡng ẩm da, và thuốc bôi tại chỗ là chìa khóa điều trị.
- Điều trị nhằm mục đích giảm cả viêm và ngứa bằng cách sử dụng steroid bôi tại chỗ và thuốc chống ngứa.